



CONTRAT D'ENGAGEMENT - FORMATION D'ÉGALE ACTION

NOM DE LA FORMATION DÉSIRÉE: _____

1. NOM DE L'ORGANISME : _____

2. ADRESSE : _____

3. RÉGION : _____

4. NOM ET TITRE DE LA PERSONNE RESSOURCE: _____

5. TÉLÉPHONE : _____

6. COURRIEL : _____

7. NOMBRE DE PARTICIPANTS ANTICIPÉS : _____

8. CLIENTÈLE CIBLE :
(entraîneur-es, administrateur-trices, etc.)

9. DEMANDE :

incluant
DATE/LIEU/
HEURE:

SIGNATAIRE AUTORISÉ: _____

Nom et titre de la personne autorisée à signer

DATE: _____

DÉPÔT INCLUS (non remboursable) :

*Un dépôt de 50% du tarif de base de la formation, les frais de gestion ainsi que le montant du **membership** pour l'année dans laquelle se tiendra la formation (si non-membre) doivent-êtré acheminés au plus tard 10 jours ouvrables avant la date de présentation de la formation.*

Référez-vous au **Guide du milieu hôte** pour tous les détails, dont les modalités en cas d'annulation.

Veillez nous retourner ce formulaire dûment complété et signé par courriel.